



**The Griffin Hospital  
130 Division Street Derby CT 06418**

**Polityka Pomocy Finansowej**

**TYTUŁ: *Program pomocy finansowej dla pacjentów nieubezpieczonych oraz posiadających niewystarczające ubezpieczenie***

**I. Cel / oczekiwany wynik:**

Polityka pomocy finansowej (FAP) ma na celu zajęcie się podwójną kwestią: zapewnienia dostępu do opieki medycznej osobom, które nie mają możliwości płacenia oraz zaoferowania obniżonych opłat osobom, które mogą zapłacić część kosztów swojej opieki medycznej. Polityka ta ustala podstawowe ramy programu pomocy finansowej oraz procesów określania uprawnień do pomocy finansowej, które mają zastosowanie do Szpitala (jak zdefiniowano poniżej).

**Definicje:**

- A. Kwoty naliczane zwyczajowo (Amounts Generally Billed — AGB) są to kwoty naliczane zazwyczaj za Usługi objęte ochroną ubezpieczeniową świadczone osobom, które posiadają ubezpieczenie obejmujące takie usługi, pomniejszone do bieżących stawek Medicare metodą prospektywną. Metoda prospektywna oznacza wykorzystanie procesu naliczania należności oraz kodów, które zostałyby zastosowane przez Szpital, jeśli osoba zakwalifikowana do FAP (jak określono) byłaby beneficjentem programu opłat indywidualnych Medicare (fee-for-service), a także ustalenie kwot AGB za opiekę medyczną w kwocie, którą Szpital uznał, że byłaby całkowitą kwotą przyznaną przez Medicare za tę opiekę medyczną (łącznie z kwotą, którą beneficjent musiałby sam zapłacić w przypadku współpłacenia, koasekuracji i udziału własnego).
- B. Usługi objęte ochroną ubezpieczeniową są to usługi ratownictwa medycznego świadczone na miejscu lub inne usługi konieczne ze względów zdrowotnych świadczone pacjentom hospitalizowanym i ambulatoryjnym. Pacjenci będący rezydentami stanu Connecticut, którzy potrzebują usług ratowniczych, mogą otrzymać usługi i zakwalifikować się do zniżki, jeżeli spełniają pewne kryteria dotyczące wysokości dochodów, jak opisano poniżej. Pacjenci będący rezydentami stanu Connecticut mogą otrzymać rabat na usługi inne niż ratownicze konieczne ze względów zdrowotnych, jeżeli spełniają pewne kryteria dotyczące wysokości dochodów opisane poniżej.

Usługi objęte ochroną ubezpieczeniową nie obejmują rachunków za usługi lekarzy niezatrudnionych przez Szpital, chyba że takie usługi są włączone do rachunku za usługi Szpitala. Na stronie internetowej Szpitala jest dostępna lista będących lekarzami lub grup dostawców, którzy świadczą usługi podlegające niniejszej polityce FAP w ramach usług opieki medycznej koniecznych ze względów zdrowotnych oraz usług ratowniczych.

- C. Nagły przypadek jest to stan chorobowy, który wynikał z nagłego problemu zdrowotnego z objawami poważnymi na tyle (w tym dotkliwy ból), że nieudzielenie natychmiastowej pomocy medycznej mogłoby z dużym prawdopodobieństwem wystawić zdrowie pacjenta na znaczne niebezpieczeństwo, które skutkowałoby poważnym uszkodzeniem funkcji organizmu lub poważną dysfunkcją jakiegokolwiek organu lub części ciała.
- D. Usługi ratownictwa medycznego są to usługi ratownictwa medycznego, które muszą być udzielane w Nagłych przypadkach, zgodnie z ustawą Emergency Medical Treatment and Labor Act, sekcja 1867 ustawy Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd) osobom fizycznym, niezależnie czy kwalifikują się one do pomocy finansowej zgodnie z niniejszą Polityką. W sposób bardziej konkretny Usługi ratownicze są to usługi, które muszą być zapewnione zgodnie z Podrozdziałem G Rozdziału IV Tytułu 42 kodeksu Code of Federal Regulations and Treas. Reg. § 1.501(r)-4(c) (lub wszelkie późniejsze przepisy), w stopniu, w jakim te przepisy mają zastosowanie do SNCH.
- E. Osoba uprawniona do FAP jest to osoba uprawniona do pomocy finansowej w ramach FAP, bez względu na to, czy ta osoba ubiegała się o pomoc finansową.
- F. „Szpital” oznacza Griffin Hospital.
- G. Konieczne ze względów zdrowotnych są to usługi, które są niezbędne do zapobiegania, diagnozowania, poprawy lub leczenia chorób lub problemów zdrowotnych, które mogą powodować cierpienie, zagrożenie życia, chorobę lub niedomaganie; zagrozić możliwości prowadzenia normalnego życia przez pacjenta; lub spowodować poważną niepełnosprawność.
- H. Dział Usługi finansowe dla pacjentów (Patient Financial Services — PFS) jest to jednostka organizacyjna Szpitala odpowiedzialna za naliczanie należności oraz pobieranie płatności z kont Self-Pay za usługi szpitalne.
- I. Uproszczony opis Polityki FAP (PLS) jest to oświadczenie, z którego Szpital korzysta, aby powiadomić pacjenta, że Szpital oferuje pomoc finansową w ramach FAP i dostarcza koniecznych informacji w języku, który jest jasny, zwięzły i łatwy do zrozumienia.

#### **Kryteria kwalifikacyjne dla pomocy finansowej:**

Usługi objęte ochroną ubezpieczeniową oraz niniejszą Polityką zostaną udostępnione Pacjentowi w oparciu o jego potrzeby finansowe, według aktualnych w czasie określania sytuacji finansowej Pacjenta wskaźników federalnego progu ubóstwa (Federal Poverty Levels — FPL).

Pacjenci, których dochód jest równy lub mniejszy niż 400% progu ubóstwa określonego w federalnych wskazówkach dotyczących ubóstwa, są uprawnieni do pomocy finansowej na poziomie określonym w poniższej tabeli. Po otrzymaniu wypełnionego wniosku o pomoc finansową Szpital zawiesi naliczanie opłat oraz dochodzenie płatności dopóki nie zostanie podjęta i zakomunikowana ostateczna decyzja w sprawie wniosku.

	W przypadku 250% progu ubóstwa (HHS Poverty Income Guidelines): opieka medyczna bezpłatna w 100%	W przypadku 280% progu ubóstwa (HHS Poverty Income Guidelines): opieka medyczna bezpłatna: 85%, udział pacjenta: 15%	W przypadku 310% progu ubóstwa (HHS Poverty Income Guidelines): opieka medyczna bezpłatna: 75%, udział pacjenta: 25%	W przypadku 340% progu ubóstwa (HHS Poverty Income Guidelines): opieka medyczna bezpłatna: 50%, udział pacjenta: 50%	W przypadku 370% progu ubóstwa (HHS Poverty Income Guidelines): opieka medyczna bezpłatna: 35%, udział pacjenta: 65%	W przypadku 400% progu ubóstwa (HHS Poverty Income Guidelines): opieka medyczna bezpłatna: 30%, udział pacjenta: 70%
Wielkość rodziny	Więcej niż / maksymalnie	Więcej niż / maksymalnie	Więcej niż / maksymalnie	Więcej niż / maksymalnie	Więcej niż / maksymalnie	Więcej niż / maksymalnie
1	0-30 350	30 351-33 992	33 993-37 634	37 635-41 276	41 277-44 918	49 919-48 560
2	0-41 150	41 151-46 088	46 089-51 026	51 027-55 964	55 965-60 902	60 903-65 840
3	0-51 950	51 951-58 184	58 185-64 418	64 419-70 652	70 653-76 886	76 887-83 120
4	0-62 750	62 751-70 280	70 281-77 810	77 811-85 340	85 341-92 870	92 871-101 400
5	0-73 550	73 551-82 376	82 377-91 202	91 203-100 028	100 029-108 854	108 855-117 680
6	0-84 350	84 351-94 472	94 473-104 594	104 595-114 716	114 717-124 838	124 839-134 960
7	0-92 850	92 851-103 992	103 993-115 134	115 135-126 276	126 277-137 418	137 419-148 560
8	0-103 300	103 301-115 696	115 697-128 092	128 093-140 488	140 489-152 884	152 885-165 280

Szczególna uwaga zostanie poświęcona zapewnieniu wsparcia finansowego indywidualnie rozpatrując wnioski tych pacjentów, którzy wyczerpali już swoje świadczenia z tytułu ubezpieczenia i/lub tych, którzy przekroczyli swoje finansowe kryteria kwalifikacyjne, ale zostaną obciążeni bardzo wysokimi kosztami medycznymi, łącznie z udziałem własnym, koasekuracją i współ-płatnością.

### **Pomoc finansowa — składanie wniosku:**

Jakikolwiek pacjent, członek rodziny, bliski przyjaciel lub współpracownik (z zastrzeżeniem mających zastosowanie przepisów chroniących prywatność) może poprosić o formularz ubiegania się o pomoc finansową w dowolnej recepcji Szpitala lub w dziale usług finansowych w normalnych godzinach pracy. Dokumenty te można również otrzymać, wysyłając pisemną prośbę do działu usług finansowych lub dzwoniąc pod numer 203-732-1510. Wnioski o pomoc finansową należy składać osobiście, pocztą tradycyjną lub elektroniczną.

Pomoc finansowa nie zastępuje osobistej odpowiedzialności. Oczekuje się, że pacjenci będą współpracować zgodnie z procedurami Szpitala w celu otrzymania pomocy finansowej lub innych form płatności, oraz że przyczynią się do kosztów swojej opieki medycznej zgodnie z indywidualnymi możliwościami płacenia. Osoby mające możliwość zakupu ubezpieczenia zdrowotnego są do tego zachęcane. Pacjenci, którzy mogą być uprawnieni do Medicaid lub innego publicznego ubezpieczenia, muszą współpracować podczas ubiegania się o takie ubezpieczenie.

Pacjenci mają dwieście czterdzieści (240) dni od otrzymania swojego pierwszego rachunku po wyjściu ze Szpitala na wypełnienie wniosku o pomoc finansową. Szpital może uchylić okres 240 dni, jeśli pacjent może przedstawić uzasadniony powód opóźnienia. Wszelkie wnioski złożone z opóźnieniem będą wymagać zatwierdzenia przez Dyrektora cyklu przychodów.

Wypełnione wnioski powinny zostać przekazane do działu usług finansowych osobiście lub pocztą tradycyjną.

Wnioski, które zostały przedłożone, ale nie są kompletne (tj. nie wszystkie wymagane informacje/dokumenty zostały przedłożone), zostaną zwrócone pacjentowi z wyjaśnieniem, których informacji/dokumentów brakuje i powiadomieniem pacjenta o zasadnym terminie (tj. nie mniej niż 30 dni) na ponowne złożenie wniosku, w którym brakowało dokumentów lub informacji. Dostarczone zostaną również kopia Uproszczonego opisu, powiadomienie

o potencjalnych działaniach windykacyjnych oraz dane kontaktowe działu usług finansowych. Zasadna ilość czasu zależy od faktów i okoliczności, np. liczby zażądanych dodatkowych informacji/dokumentów.

Wypełnione wnioski zostaną rozpatrzone przez doradcę ds. pomocy finansowej w dziale pomocy finansowej. Szpital wyda pacjentowi zatwierdzenie lub odmowę na piśmie (z informacją o procesie odwoławczym) w ciągu trzydziestu (30) dni od otrzymania wypełnionego wniosku.

### **Wymagane dokumenty:**

Informacje o wszystkich członkach gospodarstwa domowego powinny zostać dostarczone do działu pomocy finansowej wraz z następującymi dokumentami:

- Ważne zdjęcie wraz z dokumentami poświadczającymi adres zamieszkania.  
Przykład: Prawo jazdy; paszport; aktualny rachunek za media lub wezwanie do zapłaty podatku od nieruchomości.
- Dowód potwierdzający przychody za ostatnie 3 miesiące.  
Przykłady: odcinki wypłaty, czeki Administracji Ubezpieczenia Społecznego, czeki z zasiłkiem dla bezrobotnych; pismo od osoby udzielającej pomocy finansowej, oświadczenie od pracodawcy z firmowym nagłówkiem oraz informacją o uzyskiwanych dochodach
- Trzy wyciągi z konta bankowego
- Wypełnione rozliczenia podatkowe

### **Proces odwoławczy/odmowy:**

Pacjenci zostaną poinformowani, jeśli ich wniosek FAP zostanie rozpatrzony odmownie. Jeśli pacjent nie jest zadowolony z decyzji, może on(a) przedstawić pisemny wniosek apelacyjny do Dyrektora działu obsługi przychodów. Dyrektor działu obsługi przychodów przejrzy wniosek i dodatkową dokumentację oraz wyda decyzję w ciągu 60 dni. Decyzje te musi zatwierdzić dyrektor finansowy.

### **Podstawa do obliczenia kwot naliczanych zwyczajowo (Amounts Generally Billed — AGB):**

Szpital przyjął stawkę Medicare jako kwotę naliczaną zwyczajowo (AGB), korzystając z metody prospektywnej, według definicji przepisów IRS w 26 CFR 1.501(r)-5. Per se, po tym jak pacjent zostanie uznany za uprawnionego do pomocy finansowej, saldo konta pacjenta zostanie uaktualnione według harmonogramu bieżących stawek Medicare i poprawiony rachunek zostanie wysłany do pacjenta.

### **Wiadomości o programie pomocy finansowej:**

Szpital umieszcza broszury i znaki powiadamiające o dostępności pomocy finansowej w języku angielskim i hiszpańskim w widocznych miejscach na terenie obiektów organizacji, w tym na oddziale ratunkowym, w dziale usług finansowych, na izbie przyjęć i w rejestracjach innych przychodni znajdujących się na terenie Szpitala i w innych miejscach publicznych. Ponadto pacjenci są informowani o niniejszej Polityce w ramach pakietu przyjęcia do szpitala pacjentów

hospitalizowanych oraz poprzez znaki rozmieszczone w widocznych miejscach dla pacjentów opieki ambulatoryjnej.

Uproszczony opis (PLS) musi zostać przedstawiony pacjentom podczas rejestracji i wypisywania ze szpitala, w tym na każdym rachunku powiadamiającym o potencjalnych działaniach windykacyjnych (jak zdefiniowano poniżej). Widoczna informacja o istnieniu FAP musi być dołączona do wszystkich rachunków dla pacjenta razem z numerem telefonu działu usług finansowych oraz adresem internetowym Szpitala <http://www.griffinhealth.org/griffin-hospital/billing-insurance/free-care-assistance>

Strona internetowa Szpitala posiada łącza do FAP, formularza aplikacyjnego oraz PLS. Informacje umieszczone w widoczny sposób na stronie internetowej wyraźnie stwierdzają, że materiały te można pobrać bezpłatnie i pacjenci nie muszą utworzyć konta lub dostarczyć informacji identyfikujących osobowo. A zatem pacjenci są dobrze poinformowani, że mogą otrzymać bezpłatną kopię tej Polityki, Uprozczonego opisu (PLS) oraz formularz wniosku o pomoc finansową.

W ramach sesji wprowadzającej dla pracowników wszyscy pracownicy Szpitala zostają poinformowani o FAP. Pracownicy, którzy mają kontakt z pacjentami lub są odpowiedzialni za naliczanie opłat i ściąganie płatności, są przeszkoleni w zakresie realizacji tej Polityki. Są to między innymi pracownicy dostępu pacjentów, doradcy finansowi, pracownicy działu usług finansowych dla pacjentów, pracownicy socjalni, menedżerowi przypadku, kapelani oraz sponsorzy religijni.

Informacja o dostępności pomocy finansowej jest również szeroko upowszechniana wśród członków społeczności obsługiwanych przez Szpital, za pomocą różnych środków, w tym:

- Reklam umieszczonych w widocznych miejscach w biuletynie Szpitala wysyłanym do osób znajdujących się w bazie danych Szpitala, informujących o tym, że Szpital oferuje pomoc finansową i podających odpowiednie dane kontaktowe.

#### **Polityka windykacji oraz nadzwyczajne działania windykacyjne (ECA):**

Działania, które zostaną podjęte przez Szpital w razie nieuiszczenia należności, są opisane w Polityce Szpitala zatytułowanej: „Usługi finansowe dla pacjentów: polityka naliczania i pobierania opłat w przypadku kont osób płacących indywidualnie (Self-Pay)”. Bezpłatna kopia tej Polityki jest dostępna na stronie Szpitala i można również ją otrzymać w dziale usług finansowych.

#### **Tłumaczenie:**

W tej chwili Polityka pomocy finansowej Griffin Hospital, formularz wniosku FAP oraz Uproszczony opis FAP są dostępne w języku angielskim i hiszpańskim.